

Arthritis Associates—Polisas de Clinica

Bienvenido a nuestra Clinica. Agradecemos la oportunidad de trabajar con usted.
La siguiente informacion es para beneficio de serverle mejor.

Iniciales:

- _____ 1. Pagos- Toda las gratificaciones, deducibles, o pago por adelantado, necesita estar pagado al tiempo de su cita. Aceptamos tarjetas de credito, Visa, MasterCard, Discover, American Express, o efectivo. Ay un cobro de \$25.00 para los cheques que reboten. Pacientes que presentan cheques de insuficiente fondo, en el futuro su cuenta se necesita que estar pagado por money order, tarjeta de credito o efectivo.
- _____ 2. Cancelaciones- Si necesita que cancelar or cambiar su cita, favor de hablarnos 24 horas antes de su cita. Habra un cargo cada vez que no habla para aviso de cancelacion o falta de cita.
- _____ 3. HMO & PPO Autorizacion- Si su poliza de seguro demanda autorizacion de su doctor pimario, tenemos que tener la autorizacion en neustra clinica antes que le den una cita. Es la responsabilidad de usted que el seguro cobra la cita o usted va ser responsable de pagar la cuenta total.
- _____ 4. Registros Medicos- Si requiere cualquier forma para ser completada por su doctor o personal, o copias de sus registros medicos (segundo requisito), usted (no su compania de seguro) sera cobrado.
- _____ 5. Cortesia de la Clinica- Favor de no traer comida o bebida a la clinica. Favor de no dejar ninos sin atendidos.
- _____ 6. Doctor Atendido- Cuando mire su doctor atendido, ese doctor sera el doctor que la ve dar su tratamiento. Si por alguna razon el doctor no esta en clinica, otro doctor le puede atender. Pero va regresar a ver su doctor atendido cuando el regrese.
- _____ 7. Surtir Su Medicamento- Surtiremos su medicamento despues de horas de la clinica o entre el fin de semana, si solamente es una emergencia. Es muy importante que su doctor le escribe las recitas al tiempo de su cita.
- _____ 8. Analys de Sangre- Favor de no hablar por telefono para los resultados. Una enfermera le hablarse si ay un analys abnormal.
- _____ 9. Responsabilidad Financiera- Firmando abajo, you autorizo a mi compania de seguros para asignar cualquier y todos los beneficios y los pagos para sevicios rendidos a Arthritis Associates, P.A.
- _____ 10. Responsabilidad del Paciente- Garantizo ser responsable y estoy aceptando las reglas y polizas de pago, pagando responsablemente.
- _____ 11. Identificacion- Si es mandatorio para Arthritis Associates, P.A. de obtener el number de seguro social del patiented para identificar al paciente con la compania de seguros, las laboratorios, o cualquier diagnostico. A segurese que cualquier y toda la informacion personal deben de ser mantenidas confidencialmente y apropiadamente destruido cuando necesario. Una copia de su licencia de manejar or ID de estado es necesaria solamente a su primer visita. Una copia de su carta de seguro es necesaria en cada visita para mantener la comprobacion exacta de beneficios y alcance.

“Yo, el Garante de Pago y Partido Responsable, estoy de acuerdo con las susodichas politicas y este de acuerdo con los terminos en cuanto a pago y responsabilidades de pago.”

Firma

Nombre Impreso

Fecha